

Distr.: General
19 July 2013
Arabic
Original: English



الجمعية العامة

الدورة الثامنة والستون

البند ٢٧ (ج) من جدول الأعمال المؤقت*

التنمية الاجتماعية: متابعة السنة الدولية لكبار

السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة

متابعة السنة الدولية لكبار السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة

تقرير الأمين العام

موجز

يُقدم هذا التقرير عملاً بقراري الجمعية العامة ١٤٣/٦٧، المعنون "متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، و ١٣٩/٦٧، المعنون "نحو وضع صك قانوني دولي شامل ومتكامل لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم". ويتناول التقرير ثلاثة من المجالات الرئيسية ذات الأولوية في تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام ٢٠٠٢، استناداً إلى النتائج العالمية لدورة الاستعراض والتقييم الثانية لخطة العمل، المعقودة خلال الدورة الحادية والخمسين للجنة التنمية الاجتماعية، وهي مجالات حصول كبار السن على العمل اللائق والعمالة، والإساءة لكبار السن والعنف ضدهم، والصحة العقلية لكبار السن.

* A/68/150.



الرجاء إعادة استعمال الورق



أولا - مقدمة

١ - يُقدم هذا التقرير عملاً بقراري الجمعية العامة ١٤٣/٦٧، المعنون "متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، و ١٣٩/٦٧، المعنون "نحو وضع صك قانوني دولي شامل ومتكامل لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم".

٢ - ويتناول التقرير ثلاثة من المجالات الرئيسية ذات الأولوية في تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام ٢٠٠٢^(١)، استناداً إلى النتائج العالمية لدورة الاستعراض والتقييم الثانية لخطة العمل، المعقودة خلال الدورة الحادية والخمسين للجنة التنمية الاجتماعية، وهي مجالات حصول كبار السن على العمل اللائق والعمالة، والإساءة لكبار السن والعنف ضدهم، والصحة العقلية لكبار السن.

٣ - وقد أُعد هذا التقرير قبل دورة عمل الفريق العامل المفتوح العضوية المعني بالشيخوخة، المقرر عقدها من ١٢ إلى ١٥ آب/أغسطس ٢٠١٣، ولذلك لا يتضمن تقريراً بشأن النظر في "المقترحات الداعية إلى وضع صك قانوني دولي لتعزيز وحماية حقوق كبار السن"، على النحو الذي طلبته الجمعية العامة في قرارها ١٣٩/٦٧، وأدرج كبنود في جدول أعمال الفريق العامل في تلك الدورة.

٤ - وكانت مجالات تعزيز أمن الدخل، والصحة، والرفاه، والنهوض بحقوق كبار السن وحمايتهم من بين المجالات الرئيسية ذات الأولوية التي حددها الدول الأعضاء خلال دورة الاستعراض والتقييم الثانية. وشملت المجالات المحددة التي تتطلب اهتماماً خاصاً ما يلي: الحصول على الرعاية الصحية، وعلاج الأمراض غير المعدية، وخدمات تقديم الرعاية، وتدريب المهنيين، والإسكان، وإمكانية الوصول إلى المرافق، ومنع أعمال العنف والإساءة الموجهة ضد كبار السن.

٥ - ويشكل ضمان القدرة البدنية والمالية لكبار السن على الحصول على رعاية صحية مناسبة لسنهم من خلال مجموعة متنوعة من نُهج السياسات نقطة تركيز مستمر للكثير من الدول الأعضاء. بيد أن الافتقار إلى الموظفين الصحيين المدربين في مجال رعاية صحة المسنين لا يزال يمثل مشكلة في العديد من البلدان، ولا سيما البلدان النامية.

٦ - وتوجد بالفعل سياسات وبرامج قائمة للتصدي لانتشار الأمراض غير المعدية وسائر الأمراض التي يعاني منها المسنون في معظم البلدان المتقدمة النمو. وقد بدأت بعض البلدان

(١) تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، مدريد، ٨-١٢ نيسان/أبريل ٢٠٠٢ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.02.IV.4)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق الأول.

النامية تدرك الحاجة إلى إعادة توجيه سياساتها الصحية العامة، وخاصة منها البلدان الأكثر تقدماً في تحولها الديمغرافي، مثل العديد من بلدان أمريكا اللاتينية.

٧ - ويمثل تقديم ودعم الرعاية لكبار السن الذين يحتاجون إلى المساعدة قضية أخرى من قضايا السياسات العامة التي تشترك فيها على نحو متزايد البلدان المتقدمة النمو وعدة بلدان نامية، ولا سيما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأجزاء من آسيا. وحتى الآن، يعتبر العديد من الدول الأعضاء مسائل تقديم الرعاية مجرد وظيفة أسرية خاصة. غير أن الواقع الاجتماعي والاقتصادي المتغير، بالاقتران مع تزايد عدد كبار السن، يدفع الحكومات إلى إعادة النظر في نهجها.

٨ - إن البرامج والسياسات المتعلقة بالإسكان وإمكانية الوصول إلى المرافق، وهي تتسم بأهمية بالغة بالنسبة "للشيخوخة في المكان"^(٢)، زادت زحماً خلال السنوات الخمس الماضية في العديد من المناطق. وتجدر الإشارة أيضاً إلى التوسع العالمي لبرنامج منظمة الصحة العالمية الرامي إلى تشجيع المدن الملائمة لكبار السن منذ الدورة الأولى لاستعراض وتقييم خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة.

٩ - وقد أصبح تعزيز مشاركة كبار السن في القوة العاملة هدفاً في معظم البلدان المتقدمة النمو في السنوات القليلة الماضية. وبالإضافة إلى ذلك، اتخذ العديد من البلدان المتقدمة النمو خطوات نحو التصدي للعقبات التي، على الرغم من أحكام السياسات والتشريعات القائمة، لا تزال تواجه كبار السن في الحصول على العمل والاحتفاظ به. وعلى النقيض من ذلك، لا تزال التحديات والأولويات المتعلقة بالعمالة في البلدان النامية لا تدع مجالاً لأخذ حالة كبار السن في الاعتبار.

١٠ - وكان من الاستنتاجات اللافتة للنظر التي خلصت إليها دورة الاستعراض والتقييم الثانية هو أن سوء المعاملة والعنف ضد كبار السن أصبحا مدعاة قلق بالغ ومتزايد يساور الدول الأعضاء في جميع مناطق العالم، بغض النظر عن مستوى التنمية فيها، وهي مسألة حظيت باهتمام محدود أثناء دورة الاستعراض والتقييم الأولى.

١١ - وتمثل استنتاج هام آخر في عدد الدول الأعضاء التي بدأت تولي مزيداً من الاهتمام إلى تحديد ومعالجة الحواجز التي تحول دون المشاركة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لكبار السن، فضلاً عن مختلف أشكال التمييز التي يواجهونها، سواء على أساس السن وحده

(٢) تعرّف مراكز مكافحة الأمراض "الشيخوخة في المكان" بأنها القدرة على عيش المرء في منزله ومجتمعه في سلامة واستقلال وراحة، بغض النظر عن السن أو مستوى الدخل أو القدرة. انظر

.www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm

أو بالاقتران مع سمات شخصية أخرى، من قبيل نوع الجنس، أو العرق، أو الأصل، أو الإعاقة، أو الهوية الجنسية.

١٢ - وبينت التقارير الوطنية والإقليمية أن في مختلف القطاعات، أُحرز تقدم مرة أخرى في السنوات الخمس الماضية، ولا سيما في البلدان المتقدمة النمو وبعض البلدان النامية. ومع ذلك، تخلف التقدم العام المحرز في تنفيذ خطة عمل مدريد في العديد من البلدان، حيث توجد فجوات كبيرة بين السياسات والممارسة نتيجة لعدم كفاية الأموال ونقص الموارد البشرية والسياسية.

١٣ - ويبحث هذا التقرير السياسات والبرامج والممارسة التشريعية بشأن ثلاث مسائل معينة تم تحديدها في عمليات الاستعراض والتقييم الإقليمية بوصفها مسائل مركزية في التشجيع على مشاركة كبار السن وإدماجهم اجتماعيا طوال مرحلة الشيخوخة. ويركز الفرع الثاني أدناه على حصول كبار السن على العمل اللائق والعمالة. ويتناول الفرع الثالث إساءة معاملة المسنين والعنف ضدهم. ويناقش الفرع الرابع التحدي المتنامي المتمثل في مسائل الصحة العقلية لكبار السن. وترد الاستنتاجات والتوصيات في الفرع الخامس.

ثانياً - حصول كبار السن على العمل اللائق والعمالة

١٤ - إن أهمية العمل والعمالة في الإدماج الاجتماعي بالنسبة لكبار السن تضاهي أهميتهما بالنسبة للبالغين من الفئات العمرية الأخرى. ولذلك، ينبغي تعزيز حق كبار السن في العمل وحمايته على قدم المساواة مع حق غيرهم في العمل^(٣). وفي البلدان المتقدمة النمو، قد يرغب بعض كبار السن الذين يشرفون على سن التقاعد في مواصلة نشاطهم عن طريق العمل لفترات أطول والحصول على التقاعد في مرحلة لاحقة من الحياة. وقد يحاول آخرون مواصلة العمل في سن الشيخوخة لأن معاشاتهم التقاعدية، وهي عادة ما تكون مصدر دخلهم الوحيد أو الرئيسي، لن تكفي لتغطية نفقات معيشتهم بعد التقاعد، أو قد تكون لها قيمة أكبر إذا حصلوا عليها في وقت لاحق. وفي المناطق الأقل نمواً، قد يظل كبار السن اضطراراً في قوة العمل طالما استطاعوا من أجل ضمان كسب عيشهم.

(٣) انظر A/67/188، الفرع ثانياً - ألف.

معدلات المشاركة في القوة العاملة حسب الجنس والفئة العمرية في مناطق مختارة عام ٢٠١٢ وتغييرات تلك المعدلات منذ عام ٢٠٠٠
(بالنسب المئوية)

المنطقة	الفئة العمرية بين ٥٥ و ٦٤ سنة		الفئة العمرية ٦٥ سنة وأكثر	
	٢٠١٢	التغيير منذ عام ٢٠٠٠	٢٠١٢	التغيير منذ عام ٢٠٠٠
الذكور				
أفريقيا	٧٩	٢-	٥٣	٣-
آسيا والمحيط الهادئ	٧٨	صفر	٣٩	٢-
أوروبا الوسطى وجنوب شرق أوروبا (عدا الاتحاد الأوروبي) ورابطة الدول المستقلة	٥٨	٦	١٥	١-
الاقتصادات المتقدمة النمو وأوروبا	٦٧	٦	١٦	١
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٧٨	١	٣٨	٢-
الشرق الأوسط	٦١	١٠-	٢٧	١٥-
الإناث				
أفريقيا	٥٥	٢	٣٣	١
آسيا والمحيط الهادئ	٣٩	١	١٤	١
أوروبا الوسطى وجنوب شرق أوروبا (عدا الاتحاد الأوروبي) ورابطة الدول المستقلة	٣٥	٩	٨	١
الاقتصادات المتقدمة النمو وأوروبا	٥١	١٢	٨	٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٤٤	٨	١٦	٢
الشرق الأوسط	٩	١	٣	١-

المصدر: حسابات أُجريت على أساس المؤشرات الرئيسية لسوق العمل، الطبعة السابعة، منظمة العمل الدولية، متاحة على الموقع www.ilo.org/kilm.

١٥ - وفي عام ٢٠١٢، كانت أعلى تقديرات معدلات مشاركة الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما في القوة العاملة في أفريقيا، وآسيا والمحيط الهادئ، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث بلغت نسبة ٧٨ و ٧٩ في المائة، تليها الاقتصادات المتقدمة النمو وأوروبا، حيث بلغت ٦٧ في المائة (انظر الجدول ١). وكانت مشاركة الذكور في القوة العاملة ما بعد سن ٦٥ أقل من ذلك بكثير، إذ سُجِّل أعلى معدل في أفريقيا، وهو ٥٣ في المائة، وسُجِّل أدنى معدلين، وهما ١٦ و ١٥ في المائة على التوالي، في الاقتصادات المتقدمة النمو وأوروبا، وأوروبا الوسطى وجنوب شرق أوروبا ورابطة الدول

المستقلة. ويبين هذا الاختلاف العلاقة العكسية بين العمل في سن متقدم ونسبة كبار السن الحاصلين على معاش تقاعدي. ولا تحصل الأغلبية الساحقة من كبار السن في البلدان النامية على معاش تقاعدي، وبالتالي تواصل المشاركة في الأنشطة المدرة للدخل. وكانت مشاركة النساء اللواتي يبلغن ٥٥ سنة من العمر أو أكثر في القوة العاملة أقل من نسبة الرجال في جميع مناطق العالم. غير أن التفاوت بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية كان أقل بكثير منه في حالة الرجال، حيث تحقق النساء الأفريقيات والأوروبيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٥٥ و ٦٤ عاما مستويات من المشاركة الاقتصادية ماثلة إلى حد ما وهي: ٥٥ و ٥١ في المائة على التوالي.

١٦ - ويتزايد إدراك الدول الأعضاء للفوائد الاقتصادية التي يجنيها الأفراد والأسر والمجتمع بأسره عند بقاء كبار السن ضمن القوة العاملة، وقد اتخذت الدول تدابير ترمي إلى دعم وتعزيز مشاركتهم الاقتصادية. وأكدت تقديرات حديثة العهد وجود اتجاهات تصاعدية مطردة في المشاركة في القوة العاملة من جانب العمال ذكوراً وإناً ممن تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ سنة في أوروبا، وأستراليا، ونيوزيلندا، وأمريكا الشمالية. وفي المقابل، لم يلاحظ إلا تغيير طفيف في بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية، في حين أن معدلات مشاركة الرجال البالغين من العمر ٥٥ سنة أو أكثر في القوة العاملة قد انخفضت بشكل بارز في الشرق الأوسط.

١٧ - وفي البلدان المتقدمة النمو، يظل الشاغل الرئيسي للحكومات يتمثل في الاستدامة المالية لنظم المعاشات التقاعدية أمام الزيادات الكبيرة في أعداد كبار السن والمتقاعدين، والزيادة المستمرة في طول فترة التقاعد بسبب تزايد طول العمر، وتقلص حصة العمال الشباب البالغين وعددهم في بعض الأحيان. وقد قامت عدة دول أعضاء بتعديل أحكامها الوطنية المتعلقة بالعمالة والتقاعد من أجل تمديد فترة الحياة العملية. واعتمد عدد من البلدان تشريعات تؤخر سن التقاعد تدريجياً. ففي الدانمرك، على سبيل المثال، سُنّ قانون في عام ٢٠١١ يرفع السن الرسمي للتقاعد من ٦٥ إلى ٦٧ في الفترة ٢٠١٩-٢٠٢٢، وذلك قبل الموعد المتفق عليه في إصلاح نظام الرعاية الاجتماعية لعام ٢٠٠٦ بخمس سنوات. وسنت بلدان مثل أستراليا، وفرنسا، واليونان، وجمهورية كوريا، وتركيا، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية تشريعات تزيد تدريجياً في سن التقاعد للرجال والنساء على السواء. وإضافة إلى ذلك، قام عدد من البلدان، مثل الجمهورية التشيكية، بإزالة القيود المفروضة على تزامن استلام المعاشات التقاعدية والدخل من العمل، أو يخطط لإزالتها.

١٨ - وفي البلدان الأقل نمواً، يخضع العمال الذين يشاركون في الاقتصاد الرسمي لقواعد راسخة منذ أمد طويل بشأن سن التقاعد الإلزامي، وهو سن منخفض نسبياً وكثيراً ما يتراوح بين ٥٠ و ٥٥ سنة، مع تباين سن التقاعد بين الرجال والنساء، حيث يكون سن تقاعد المرأة عادة أقل. غير أن معظم العمال المسنين ينخرطون في النشاطات المهنية الريفية في القطاع غير الرسمي، وقد أكدت دورة الاستعراض والتقييم الثانية أن كبار السن لا يزالون مستعدين إلى حد كبير من الحصول على خدمات التمويل المتناهي الصغر بسبب سنهم، وأن المرأة المسنة مستضعفة بشكل خاص، لأنها غالباً ما تنعدم لديها الممتلكات بسبب القوانين التمييزية التي تحكم الملكية والميراث.

١٩ - إن التصور السلبي الذي يحمله أرباب العمل عن العمال المسنين يُعتبر في العادة عقبة رئيسية تحول دون مشاركة أولئك العمال في الاقتصاد^(٤). وقد اتخذت بعض البلدان خطوات ترمي إلى مكافحة هذا التصور من خلال تقديم حوافز مالية في شكل قروض أو إعفاءات ضريبية إلى أرباب العمل الذين يعيّنون عمالاً من كبار السن أو يعيدون تدريبهم أو توظيفهم. ففي فرنسا، تم اعتماد قانون في عام ٢٠١٠ ينص على منح إعانات للشركات التي توظف الباحثين عن العمل البالغين ٥٥ سنة من العمر أو أكثر لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وقام العديد من البلدان، مثل اليابان في عام ٢٠٠٨، بسن تشريعات أو تعديل أحكام قائمة للسماح بمزيد من ترتيبات العمل المرنة للعمال الكبار السن، مثل العمل بدوام جزئي أو نظام ساعات العمل المرنة. وتُحسّن ترتيبات العمل المرنة ظروف عمل كبار السن من العمال، وتتيح لهم المزيد من خيارات العمل، وتسمح بانتقال أكثر سلاسة من ميدان العمل إلى فترة التقاعد.

٢٠ - ويبدو أن اتخاذ تدابير تهدف إلى إبقاء كبار السن من العمال في القوة العاملة أدى إلى انخفاض كبير في البطالة الطويلة الأجل في صفوف العمال البالغين من العمر ٥٥ سنة أو أكثر في بلدان مثل النمسا، وفرنسا، وألمانيا. غير أن معدلات البطالة الطويلة الأجل للعمال البالغين من العمر ٥٥ سنة أو أكثر ارتفعت بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٢ بنسب تتراوح بين ٧ و ٢٥ في المائة في بلدان مثل أيرلندا، وإسبانيا، والسويد والولايات المتحدة الأمريكية نتيجة للوضع الاقتصادي^(٥).

(٤) منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، *Live Longer, Work Longer* (باريس، منشورات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦).

(٥) منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، استعراض السياسات الرامية إلى تحسين الآفاق للعمال الأكبر سناً في سوق العمل، ٢٠١٢.

٢١ - وقد اعتمد عدد من البلدان المتقدمة تشريعات لمكافحة التمييز على أساس السن، وهي تشريعات قدمت الحماية للعمال المسنين أثناء بحثهم عن العمل ومن أجل الاحتفاظ به، وكذلك في الحصول على التدريب. وقانون الولايات المتحدة لمكافحة التمييز على أساس السن في التوظيف، الصادر عام ١٩٦٧، مثال مبكر على التشريعات من هذا القبيل. وفي أوروبا، أقام الأمر التوجيهي رقم 2000/78/EC، الصادر عن الاتحاد الأوروبي إطاراً عاماً يحظر التمييز في العمالة والمهنة على أساس الدين أو المعتقد، أو الإعاقة، أو السن، أو التوجه الجنسي.

٢٢ - وتفاوت مدى تأثير هذه التشريعات المناهضة للتمييز في الممارسات الوطنية القضائية والمتعلقة بالعمالة بين البلدان. وأظهر تقييم أجري مؤخراً لإدراج وتطبيق الأمر التوجيهي رقم 2000/78/EC، الصادر عن الاتحاد الأوروبي، اضطلعت به شبكة من منظمات المجتمع المدني^(٦) أن هذا الأمر التوجيهي له دور هام في التصدي لآراء العديد من أرباب العمل المتحيزة ضد المسنين. ومع ذلك، أشار الاستعراض إلى أن التمييز على أساس السن في التوظيف واستبقاء كبار السن من الموظفين لا يزال قائماً، بل الأكثر من ذلك أنه تفاقم مع الأزمة الاقتصادية. وعلاوة على ذلك، خلص الاستعراض إلى أنه يصعب إثبات حالات التمييز استناداً إلى المعايير الوطنية الحالية، وأن الجزاءات ضئيلة. وما فتئت منظمات المجتمع المدني الأوروبية تثير تساؤلات بشأن تكاثر الأحكام الوطنية التي تتيح الاختلافات في المعاملة على أساس السن، والاستثناءات القائمة من الحظر العام على التمييز في مجال العمالة على أساس السن.

ثالثاً - إساءة معاملة المسنين والعنف ضدهم

٢٣ - كشف ثاني استعراض وتقييم لخطة عمل مدريد الدولية الذي أجري في عام ٢٠١٢ أن إساءة معاملة كبار السن والعنف ضدهم أصبحت ظاهرة تبعث على القلق بشكل متزايد بالنسبة للدول الأعضاء في جميع المناطق، بغض النظر عن مستوى نموها. واتضح من التقييم الإقليمي الذي أجرته اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ^(٧) واللجنة الاقتصادية لأفريقيا^(٨) أن انخفاض عدد البرامج والسياسات والتشريعات المتعلقة بمكافحة الإهمال وسوء المعاملة والعنف يمثل ثغرة كبيرة. وفي منطقة اللجنة الاقتصادية لأوروبا، تم

(٦) منظمة AGE Platform Europe، بروكسل، ٢٠١٣.

(٧) E/ESCAP/MIPAA/IGM.1/1.

(٨) متاح على: www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/ECAReport.pdf.

تسليط الضوء على الوقاية من إساءة المعاملة والعنف باعتبارهما مسألة محددة من المسائل السياسية التي ينبغي التركيز عليها خلال دورة التنفيذ المقبلة^(٩). وفي منطقة اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تمت الإشارة إلى أنه تم اعتماد بعض السياسات والبرامج والأحكام التشريعية للتصدي لتعرض المسنين لسوء المعاملة والعنف، ولكن ينبغي مواصلة هذه الجهود^(١٠).

٢٤ - لا تتوافر سوى معلومات محدودة عن النطاق الفعلي لظاهرة إساءة معاملة المسنين، وكذلك عن كيفية تأثير مشاكل مثل التبعية، والعزلة، والتمييز ضد المسنين على حالات إساءة المعاملة، وكيف يمكن تفادي وقوع حوادث إساءة المعاملة. وخلصت سلسلة من الاستقصاءات التي أجراها في عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠ اتحاد منظمات غير حكومية وباحثون في ألمانيا، وأيرلندا، وإيطاليا، والبرتغال، وبولندا، والجمهورية التشيكية، وسلوفاكيا، والنمسا، وهولندا، واليونان، إلى وجود فهم مشترك داخل البلدان أو فيما بينها بشأن ما يشكل إساءة معاملة للمسنين^(١١). ووفقاً لتقرير الاستقصاءات، يعكس الوضع الاختلافات في التصورات الثقافية لما يشكل إساءة معاملة، وعدم وجود إطار دولي لأشكال إساءة معاملة المسنين المعترف بها.

٢٥ - وهناك بحث بشأن نطاق وطبيعة إساءة معاملة المسنين أُجري في إطار المشروع المتعلق بإساءة معاملة المسنين في أوروبا، وهو عبارة عن دراسة استقصائية تشمل عدة جنسيات بشأن انتشار هذه الظاهرة أجزتها دول أعضاء في الاتحاد الأوروبي بالتعاون مع منظمات غير حكومية في إسبانيا، وألمانيا، وإيطاليا، والبرتغال، والسويد، ولبنانيا، واليونان، إلى انتشار هذه الظاهرة بالمعدلات التالية: ١٩,٤ في المائة بالنسبة لإساءة المعاملة النفسية، و ٢,٧ في المائة بالنسبة للإيذاء البدني، و ٠,٧ في المائة بالنسبة للاعتداءات الجنسية، و ٣,٨ في المائة بالنسبة لسوء المعاملة المالية^(١٢).

٢٦ - وكشف البحث أن التمييز ضد المسنين هو في الوقت نفسه سبب من أسباب إساءة معاملة المسنين ومؤثر عليه كما أنه أحد الأسباب الرئيسية التي تفسر تباطؤ المجتمعات في

(٩) www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/ECEReport.pdf

(١٠) www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/CR_Carta_ENG.pdf

(١١) الإطار المرجعي الأوروبي المتاح على الإنترنت لمنع إساءة معاملة المسنين وإهمالهم: ”موجز عن ورقة المعلومات الأساسية وورقة الموقف للمشروع الأوروبي“، (يمكن الاطلاع عليها على الموقع التالي: www.preventelderabuse.eu، ١٠ حزيران/يونيه ٢٠١٣).

(١٢) منظمة الصحة العالمية، التقرير الأوروبي بشأن منع إساءة معاملة المسنين، المكتب الإقليمي لأوروبا، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١، الصفحة ١٣ وانظر أيضا www.abuel.org

الاعتراف بهذه المشكلة وفي بعض الحالات في التعامل معها. ويشمل التمييز ضد المسنين تصورات سلبية ومفاهيم مسبقة ومواقف سلبية إزاءهم كثيرا ما تؤدي إلى نتائج وخيمة. والآراء التمييزية إزاء كبار السن قد تكون من الأسباب التي تجعل وضعهم كثيرا ما لا يحظى بالاهتمام في إطار السياسات والبرامج الرامية إلى مكافحة العنف في إطار الأسرة، أو العنف ضد المرأة، أو داخل المجتمعات المحلية. فعلى سبيل المثال، ظلت السلطات العامة تتغاضى إلى حد كبير عن إساءة معاملة النساء المسنات المتهمات بممارسة السحر وتعرضهن للعنف على أيدي أسرهن ومجتمعاتهن المحلية في عدد من البلدان الأفريقية، وبعض البلدان الآسيوية، وعن التساهل مع مرتكبي العنف ضدهن^(١٣).

٢٧ - وتم الاعتراف بأن توعية جميع الجهات الفاعلة، بما في ذلك الرأي العام، والعاملون في هذا المجال، وكبار السن أنفسهم، تشكل خطوة رئيسية صوب مكافحة جميع أشكال إساءة المعاملة. فعلى سبيل المثال، نشرت حكومة النمسا بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٢، ثلاثة كتيبات تطرقت إلى الجوانب الرئيسية لإساءة معاملة المسنين. وتطرق كتيب "الاعتراف بالعنف: أسئلة وأجوبة بشأن العنف ضد المسنين" الذي صدر سنة ٢٠٠٩، إلى أشكال العنف وحالات العنف ضد المسنين الأكثر شيوعا، مثل استغلال أموالهم، وتقييد إرادتهم الحرة، والتلاعب أثناء إعداد وصاياهم، والإهمال، والقسوة النفسية، والعنف البدني. وبعد ذلك، صدر في سنة ٢٠١٠ كتيب معنون "الاعتراف بالعنف: أسئلة وأجوبة بشأن الخرف والعنف". وتناول هذا الكتيب التحديات الناجمة عن الخرف بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من المرض والأشخاص الذين يعيشون معهم ويتعاملون معهم. وصدر الكتيب الثالث في عام ٢٠١٢ تحت عنوان "الاعتراف بالعنف: كبار السن في المؤسسات"، وتناول موضوع إساءة المعاملة في سياق المؤسسات الاجتماعية والطبية. وبالمثل، في جنوب أفريقيا، قادت وزارة التنمية الاجتماعية حملة توعية بشأن إساءة معاملة المسنين في عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠.

٢٨ - واعتُبر تدريب الموظفين الفنيين الذين يتعاملون مع المسنين و/أو يقدمون لهم الرعاية، من التدابير الوقائية الرئيسية. ومع أن سوء المعاملة أو الإهمال من جانب شخص واحد أو مجموعة أشخاص يكون متعمدا في كثير من الأحيان، فقد ينتج سوء المعاملة أيضا عن مشاكل تنظيمية - مثل عدم توفر عدد كافٍ من الموظفين العاملين في المستشفيات وفي مرافق الرعاية، أو عدم الاعتراف بأن أساليب تسيير العمل في سياق المؤسسات لا يشكل إساءة

(١٣) الرابطة الدولية لمساعدة المسنين "للجوء إلى القانون لمواجهة الاتهامات بممارسة السحر: موقف الرابطة الدولية لمساعدة المسنين"، متاح على الموقع التالي: www.helppage.org.

معاملة فحسب، وإنما أيضا ينم عن عدم احترام كرامة كبار السن. ولهذا من المهم جدا توفير تدريبات من شأنها مساعدة المهنيين والمدربين على الوعي بالعوامل الفردية والنظرية التي تقف وراء إساءة المعاملة، وعلى معالجة مشكلة إساءة معاملة المسنين. ففي أيرلندا، على سبيل المثال، نظّم المركز الوطني لحماية المسنين تدريبا بشأن إساءة معاملة المسنين استفاد منه آلاف العاملين في قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية.

٢٩ - ونظرا إلى أن الإطار الأسري لا يزال يوفر الرعاية للعديد من كبار السن المعالين، اتخذت بعض الحكومات تدابير بهدف تقديم معلومات إلى المسنين وتوفير الدعم لمقدمي الرعاية غير الرسميين من أجل تفادي وقوع حالات قد تؤدي إلى إساءة المعاملة. وقد أصدر المركز الوطني المعني بإساءة معاملة المسنين التابع لإدارة الولايات المتحدة المعنية بالشيخوخة ورقة معلومات من صفحتين متاحة بعدد من اللغات تحت عنوان " *Protect yourself from abuse, neglect and exploitation* " (احم نفسك من سوء المعاملة والإهمال والاستغلال)، وهي تتضمن قائمة بما يجوز فعله وما لا يجوز وبموارد المساعدة المتاحة. وشرع عدد من البلدان في توفير تدريبات وتقديم الدعم للأفراد الذين يقدمون الرعاية لأقاربهم المسنين. ففي اليابان، انطلق تنظيم هذه التدريبات منذ عام ٢٠٠٦ وذلك في إطار قانون منع إساءة معاملة المسنين ودعم مقدمي الرعاية لكبار السن والمسائل الأخرى ذات الصلة. وإضافة إلى ذلك، بدأ عدد صغير من البلدان في توفير خدمات رعاية للمسنين في النهار فضلا عن توفير مرافق غير رسمية مدعّمة ليرتاح مقدمو الرعاية بعض الوقت.

٣٠ - وكشفت الردود المقدّمة في إطار المشاورة العامة لتعزيز وحماية حقوق الإنسان للمسنين، التي نظمتها في أوائل عام ٢٠١٣ مفوضية حقوق الإنسان عملا بقرار مجلس حقوق الإنسان ٢٣/٢١، عن تنوع النهج القانونية والسياسية التي تتبعها الدول الأعضاء في مجال الوقاية والحماية من إساءة المعاملة^(١٤). وأشار عدد من البلدان من بينها غانا، وقبرص، وملاوي، وناميبيا إلى أن قوانينها المتعلقة بالعنف الأسري والقوانين الأسرية توفر الحماية للمسنين، مع أن هذه القوانين لا تتضمن في أكثر الأحيان إشارة صريحة إلى كبار السن. ولدى بلدان أخرى، مثل ألبانيا، وأوكرانيا، ورومانيا، قوانين بشأن المساعدة الاجتماعية ولكنها لا تتضمن حماية قانونية من سوء المعاملة. وقامت ماليزيا بتعديل القانون المتعلق بالعنف الأسري في عام ٢٠١٢، لإدراج إساءة معاملة المسنين، والضرر النفسي والعاطفي، بينما أضافت كينيا حكما إلى نص دستورها لحماية المسنين من العنف. وأدخلت هنغاريا تعديلات على قانون العقوبات لديها لتشديد العقوبات على سوء معاملة كبار السن.

(١٤) انظر A/HRC.24/25.

٣١ - واعتمدت بلدان أخرى تشريعات وطنية لحماية كبار السن من العنف وسوء المعاملة تركز على تدابير التجريم. فعلى سبيل المثال يحظر قانون جمهورية الصين الشعبية بشأن حماية حقوق ومصالح المسنين، الذي اعتُمد سنة ١٩٩٦، إساءة معاملة المسنين كما يتضمن أحكاماً بشأن الملاحقة الجنائية لأفراد الأسرة الذين لا ينفقون على كبار السن ولا يقدمون لهم الرعاية. وبالمثل، في الهند أصبح قانون الإنفاق على الوالدين والمسنين ورعايتهم لعام ٢٠٠٧ يجرّم التحلي عنهم. وفي نيبال، فرض قانون عام ٢٠٠٦ بشأن المسنين عقوبات جنائية على العاملين في مراكز الرعاية أو المرافق الأخرى الذين يسيؤون معاملة المسنين.

٣٢ - وفي جنوب أفريقيا، ركّز قانون عام ٢٠٠٦ بشأن المسنين على مكافحة إساءة معاملة المسنين ونص على إجراءات لتقديم الشكاوى المتعلقة بسوء معاملة المسنين. وبالمثل، في الولايات المتحدة، سنّت عدة قوانين لمعالجة هذه المشكلة من بينها قانون عام ٢٠٠٩ بشأن ضحايا إساءة المعاملة من المسنين، الذي حدد إجراءات ملاحقة خاصة بقضايا إساءة معاملة المسنين، ونص على توفير المساعدة للضحايا، وتدريب العاملين في الجهاز القضائي وموظفي إنفاذ القانون.

رابعاً - كبار السن والصحة العقلية

٣٣ - بسبب ارتفاع العمر المتوقع وما يترتب على ذلك من زيادة في الأعداد المطلقة للسكان المسنين، ارتفعت نسبة الإصابة بالأمراض العقلية التي تؤثر على كبار السن على نحو خاص، مثل الخرف ومرض الزهايمر. وهذان المرضان من الاختلالات التدريجية النكسية، وهما يؤديان إلى فقدان الذاكرة وصعوبات في التفكير والتواصل وتغيرات سلوكية ومزاجية تؤثر تدريجياً في القدرة على المشاركة في النشاط الاقتصادي وتأدية دور في الحياة الاجتماعية. وعادة ما يحتاج كبار السن الذين يعانون من هذين المرضين، في مراحل لاحقة، إلى قدر كبير من الرعاية الصحية والخدمات المكثفة لمدة طويلة والدعم من حيث الرعاية الشخصية.

٣٤ - ويعاني ما يقرب من ٤٠ في المائة من السكان البالغين من العمر ٨٥ عاماً فأكثر في الولايات المتحدة من مرض الزهايمر وما يتصل به من خرف. وعلاوة على ذلك، ونظراً لكون النساء يعشن لمدة أطول بكثير من الرجال، فإنهن تشكلن نحو ثلثي الأمريكيين المصابين بالزهايمر. وأشارت تقديرات المنظمة الدولية للزهايمر إلى أن معدلات الإصابة بالخرف ستضاعف تقريباً كل ٢٠ عاماً، وسيرتفع عدد المسنين المصابين على الصعيد العالمي من

٣٦ مليون شخص في عام ٢٠١٠ إلى ١١٥ مليون شخص في عام ٢٠٥٠^(١٥). وفي الوقت الراهن، يعيش ٥٨ في المائة من جميع الأشخاص المصابين بالخرف في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وهو رقم يمكن أن يصل إلى ٧١ في المائة بحلول عام ٢٠٥٠^(١٦).

٣٥ - وحدد المجتمع الدولي احتياجات الصحة العقلية لكبار السن على أنه شاغل بالغ الأهمية في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. وجعلت منظمة الصحة العالمية من الخرف أولوية في برنامج عملها لعام ٢٠٠٨ المتعلق بسد الفجوة القائمة في مجال الصحة العقلية، الذي ركز على توسيع نطاق الخدمات في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وقدم برنامج العمل خطوات بسيطة للمهنيين من أجل تحديد الأشخاص الذين يعانون من الخرف وأسرههم وتقديم الدعم لهم^(١٧).

٣٦ - وكشف ثاني استعراض وتقييم لخطة عمل مدريد في عام ٢٠١٢ أن السياسات في معظم الدول الأعضاء لا تركز على الصحة العقلية لكبار السن، وإن كانت مسألة تثير قلقاً متزايداً. وقامت عدة بلدان في منطقة اللجنة الاقتصادية لأوروبا بتوسيع نطاق الخدمات المقدمة إلى الأشخاص الذين يعانون من مرض الزهايمر والخرف. ومع ذلك، ظل ضمان الحصول على الخدمات بأسعار ميسورة يشكل تحدياً^(١٨). وثمة وعي متزايد في منطقتي اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ بأن المسائل المتعلقة بالصحة العقلية ينبغي أن تكون جزءاً من خطط الصحة العامة^(١٩)، ولكن وضع السياسات والبرامج ظل في مرحلته الأولى. وفي المناطق الأخرى، هناك افتقار إلى الوعي بشأن مشاكل الصحة العقلية، بوجه عام، وفي ما يتعلق بالشيخوخة على وجه الخصوص، وبالتالي ثمة افتقار إلى وضع سياسات وبرامج ذات صلة بالموضوع.

(١٥) بيد أن دراسة أجريت مؤخراً تقدم الدليل على وجود أثر فتوي في انتشار الخرف وأن الانتشار أخذ في الانخفاض في انكلترا في العقدين الماضيين. انظر Fiona E. Matthews and others "A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II", The Lancet, Early Online .Publication, 17 July 2013

(١٦) Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2010;The Global Economic Impact of Dementia,

(١٧) منظمة الصحة العالمية، 2008 *Mental Health Gap Action Plan* .www.who.int/mental_health/mhgap/en

(١٨) E/CN.5/2012/6، الفقرة ٣١.

(١٩) المرجع نفسه، الفقرة ٧٢.

٣٧ - ووضع عدد من البلدان المتقدمة النمو بالفعل سواء خطط عمل وطنية، مثلاً في فرنسا والنرويج وجمهورية كوريا، أو خططاً على مستوى الولايات كما هو الحال في أستراليا والولايات المتحدة. ووضعت بلدان أخرى برامج محددة لمعالجة مسائل معينة، مثل دعم الرعاية في هولندا.

٣٨ - ويتطلب وضع خطة وطنية استراتيجية متعددة الأوجه ينبغي أن تشمل، وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية، التوعية والتشخيص في الوقت المناسب لضمان الحصول على الأدوية التي يمكن أن تؤخر ظهور الأعراض أو تقلل منها، والالتزام بتقديم علاج جيد النوعية، والرعاية والخدمات المستمرة، ودعم مقدمي الرعاية كي تكون الأسر قادرة على فهم المرض وتعلم كيفية تقديم الدعم لكبار السن، وتوفير تدريب خاص بالقوة العاملة للمهنيين، والوقاية، والبحوث^(١٧).

٣٩ - والتوعية على جميع مستويات المجتمع، وخاصة توعية كبار السن أنفسهم، بالغة الأهمية من نواحٍ كثيرة. فغالباً ما تحول الوصمة التي تحيط بالمصابين بالخرف وأسرهم دون التشخيص المبكر. وقدرت المنظمة الدولية للآلزهايمر أن الوصمة هي التفسير الرئيسي للفجوة بين تقديرات الانتشار ومعدلات التشخيص، إذ أن أقل من ٥٠ في المائة من الأشخاص المصابين بالخرف يتم تشخيص مرضهم رسمياً^(٢٠). وينشأ الخوف والوصمة عن مفاهيم خاطئة بشأن المرض وأسبابه والسلوك المحتمل للشخص المصاب بالخرف. ولم تبدأ المناقشة الواسعة النطاق بشأن هذا المرض إلا مع ظهور العلاجات الطبية وباستخدام الأدوية في السنوات العشر إلى خمس عشرة الماضية. ومع ذلك، لا يزال يجري في كثير من المجتمعات، إخفاء الأشخاص المصابين بالخرف، أو يتم التخلي عنهم، أو يُتهمون، في بعض الحالات، بممارسة السحر^(٢١).

٤٠ - وإذا وضعت معدلات انتشار مرض الزهايمر والخرف المتزايدة في سياق الإنفاق السنوي العالمي على الصحة العقلية للسكان عامة، الذي يتراوح بين أقل من دولارين لكل مريض سنوياً في البلدان المرتفعة الدخل وأقل من ٢٥ سنتاً في البلدان المنخفضة الدخل، فهي تشكل بوضوح تحدياً متنامياً في مجال الصحة العامة. وعلاوة على ذلك، يعيش ما يقرب من نصف سكان العالم في بلدان يوجد فيها، في المتوسط، طبيب نفسي واحد لكل ٢٠٠.٠٠٠ شخص أو أكثر. وخلصت دراسة استقصائية لمنظمة الصحة العالمية شملت ٣٠ بلداً تتراوح

(٢٠) World Alzheimer Report 2012; Overcoming the Stigma of Dementia, p. 7

(٢١) <http://www.irinnews.org/report/93961/ghana-reintegrating-the-nation-s-witches> (13 October 2011)

<http://www.guardian.co.uk/commentisfree/belief/2010/dec/31/ghana-witches-burned-alive-women>

بين بلدان منخفضة الدخل إلى أخرى مرتفعة الدخل إلى أن البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل تفتقر إلى التشريعات الهادفة إلى حماية حقوق كبار السن المصابين بالخرف. وتشمل هذه التشريعات عموماً مسائل الأهلية القانونية، واتخاذ القرارات، والحماية من جميع أنواع الإيذاء البدني والاستغلال المالي^(٢٢).

٤١ - ومن الأمثلة على هذه التشريعات قانون المملكة المتحدة المتعلق بالقدرة العقلية لعام ٢٠٠٥، الذي يقدم إطاراً لتمكين ودعم الأشخاص الذين يحتاجون إلى الحماية في اتخاذ القرارات. ويتمثل نهجها الأساسي في كفالة تمكين الأشخاص الذين يفتقدون القدرة حتى يتسنى لهم اتخاذ أكبر عدد ممكن من القرارات، مع تقديم الدعم لهم إذا اقتضى الأمر، وضمان أن يكون أي قرار يُتخذ بالنيابة عنهم مراعيًا لمصلحتهم العليا وألا يُجَدَّ من حقوقهم وحرّياتهم إلا بأقل قدر ممكن. وهناك مدونة للممارسات تدعم التشريعات، من خلال تقديم التوجيهات لجميع من يقومون برعاية الكبار المفتقدين للقدرة العقلية الكافية أو يتخذون قرارات بالنيابة عنهم. وتشكل الضمانات المتعلقة بالحرمان من الحرية جزءاً من قانون القدرة العقلية. وتهدف إلى حماية الناس في دور الرعاية والمستشفيات من الحرمان من الحرية دون إذن رسمي. وتقتضي الضمانات توفير ممثل قانوني للشخص المعني، وتسمح بحق الطعن لدى محكمة الحماية في الحرمان غير القانوني من الحرية، وتسمح بالاستعراض والرصد المنتظمين للحالات الفردية. ونشأت مشاكل عن استخدام الضمانات في الممارسة العملية بسبب عدم التأكد من ماهية "الحرمان من الحرية"، ولا سيما في سياق الرعاية المنزلية وبسبب نُهج غير متسقة في استخدام السلطات العامة المختلفة للضمانات^(٢٣).

٤٢ - وينتج عن بداية مرض الزهايمر أو الخرف زيادة خطر الاستغلال المالي للأشخاص الذين يتلقون العلاج أو العناية، وممارسة العنف البدني ضدهم، وعدم احترام حقوق الإنسان وحرّيات وكرامة هؤلاء الأشخاص. فعلى سبيل المثال، تنطوي المحاولات الرامية إلى رصد ومراقبة حركة الأشخاص المصابين بالخرف على استخدام الإكراه البدني أو بواسطة المخدرات الصيدلانية، الذي يفضي أحياناً إلى توجيههم بالاعتداء البدني. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم توفير الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين قد يؤدي بسهولة إلى حالات يكون فيها من الأرجح وقوع الاعتداء، حتى وإن كان غير مقصود.

(٢٢) منظمة الصحة العالمية والمنظمة الدولية للزهايمر، *Dementia: A public health priority*, (WHO, 2012), table 3.3.

(٢٣) رد لجنة المساواة وحقوق الإنسان في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية على مشاورة الأمم المتحدة بشأن حقوق الإنسان لكبار السن، المؤرخ آذار/مارس ٢٠١٣.

٤٣ - واتفقت الدول الأعضاء، في خطة العمل الشاملة للصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ التي اعتمدت مؤخراً^(٢٤)، على أن تقديم خدمات متعلقة بالصحة العقلية والرعاية الاجتماعية تتسم بالشمول والتكامل وتستجيب للاحتياجات في السياقات المجتمعية هو هدف رئيسي. وتركز الخطة على تمكين الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية وعلى نهج قائم على الحقوق في وضع البرامج والسياسات، نظراً للانتهاك والتمييز الواسع النطاق اللذين يتعرض لهما الأشخاص المصابون باختلالات عقلية.

خامساً - الاستنتاجات والتوصيات

٤٤ - بينت النتائج الرئيسية لثاني استعراض وتقييم لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وجود إقرار متزايد بالحاجة إلى الاعتراف بمشاكل الإقصاء الاجتماعي والاقتصادي والتمييز على أساس السن والتحيز ضد المسنين بصفة عامة التي يعاني منها كبار السن، والتصدي لها. وبدأ فعلاً العديد من الدول الأعضاء في التصدي بصورة أكثر منهجية للتمييز على أساس السن، ووضع بعضها "خطة للمساواة بين الفئات العمرية". وأثناء القيام بذلك، تنظر هذه البلدان في اعتماد مبادئ توجيهية تبني عليها سياسات تمكينية وعادلة من حيث السن يمكن أن تستخدم لتحديد وتحسين الأنظمة والسياسات والممارسات القائمة والمستقبلية. والمبادئ التي تكرر ذكرها هي المساواة؛ والإنصاف وعدم التمييز، والكرامة، والاستقلالية، والسلامة الشخصية، والأمن الاقتصادي.

٤٥ - وكشف ثاني استعراض وتقييم اختلافات إقليمية هامة في نهج الدول الأعضاء إزاء تعزيز حماية حقوق الإنسان لكبار السن. وبصفة عامة، فضلت البلدان الأوروبية وعدة بلدان أخرى متقدمة النمو تعميم مراعاة قضايا الشيخوخة وكبار السن في التشريعات القائمة، فيما آثرت بلدان أمريكا الجنوبية وأمريكا الوسطى وعدة بلدان أفريقية اعتماد صك واحد ملزم ومحدد يتعلق بكبار السن، كما يدل على ذلك مشروع الاتفاقية في إطار منظمة الدول الأمريكية، ومشروع بروتوكول الاتحاد الأفريقي للميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان وحقوق الشعوب، المتعلق بحقوق كبار السن في أفريقيا.

٤٦ - وتنتج هذه التطورات، إلى حد كبير، عن كون المواقف المتحيزة والممارسات التمييزية - التي سماها الكثيرون "التحيز ضد المسنين" - من جانب الأفراد والمؤسسات تجاه كبار السن لا تزال تقوض دور هؤلاء في المجتمع على الرغم من مرور عشر سنوات على اعتماد خطة العمل.

(٢٤) قرار جمعية الصحة العالمية WHA66/8 المؤرخ ٢٧ أيار/مايو ٢٠١٣، المرفق.

التوصيات

٤٧ - قد تود الجمعية العامة أن توصي الدول الأعضاء بما يلي:

(أ) اعتماد مبادئ توجيهية تقوم عليها سياسات عادلة بين الفئات العمرية وهدافة إلى تمكين كبار السن، والقيام على نحو منهجي باستعراض وتعديل الممارسات والأنظمة القائمة التي فيها تحيز ضد كبار السن؛

(ب) عرض خبراتها الوطنية في وضع وتنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى دعم تعزيز وحماية حقوق الإنسان لكبار السن، وذلك في إطار الفريق العامل المفتوح العضوية المعني بالشيخوخة؛

(ج) كفالة أن يكون الإدماج الاجتماعي لكبار السن وتعزيز وحماية حقوقهم جزءاً لا يتجزأ من خطة التنمية على الصعيدين الوطني والعالمي.